

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Fitriani dkk. (2021), kehamilan adalah suatu proses pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim yang di mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Kehamilan didefinisikan sebagai suatu proses yang diawali dengan penyatuan dari spermatozoa dengan ovum (*fertilisasi*) dan dilanjutkan dengan implantasi hingga lahirnya bayi yang lamanya berkisar 40 minggu atau 9 bulan atau 10 bulan (Parwati, 2022). Sedangkan menurut Idaningsih (2021), kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dengan dari saat fertilisasi hingga lahir bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional.

Konsep dasar kehamilan diawali dari proses fertilisasi dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi dengan lama 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Pada keadaan normal, ibu hamil akan melahirkan pada saat bayi telah aterm (mampu hidup diluar rahim) yaitu saat usia kehamilan justru berakhir sebelum janin mencapai aterm. Kehamilan dapat pula melewati batas waktu yang normal lewat dari 42 minggu (Afriyanti *et al.*, 2022).

Berdasarkan berbagai pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa konsep kehamilan merupakan keadaan dimana seorang Wanita memiliki janin yang sedang mengalami masa pertumbuhan dan perkembangan dalam tubuhnya. Hal ini dapat terjadi akibat adanya proses fertilisasi atau penyatuan antara spermatozoa (sel sperma) dan ovum (sel telur)

serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan terjadi selama 40 minggu atau 9 bulan lamanya.

2. Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional.

Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung 1 sampai 12 minggu, trimester kedua 13 minggu sampai 28 minggu dan trimester ketiga 29 minggu hingga 42 minggu. Jika ditinjau dari lamanya kehamilan kita bisa menentukan periode kehamilan dengan membaginya dalam 3 bagian, (Afriyanti *et al.*, 2022).

a. Kehamilan trimester I (antara 1-12 minggu)

Masa kehamilan Trimester I disebut juga masa organogenesis dimana dimulainya perkembangan organ-organ janin. Apabila terjadi cacat pada bayi, maka saat itulah penentuannya. Jadi pada masa ini ibu sangat membutuhkan asupan nutrisi dan juga perlindungan dari trauma. Pada masa ini terus mengalami perkembangan pesat untuk mempertahankan plasenta dan pertumbuhan janin selain itu juga mengalami perubahan adaptasi dalam psikologisnya yaitu ibu lebih sering ingin diperhatikan, emosi ibu menjadi lebih labil akibat pengaruh adaptasi tubuh terhadap kehamilan.

b. Kehamilan trimester II (antara 13-28 minggu)

Dimasa ini organ-organ dalam janin sudah terbentuk tapi viabilitasnya masih diragukan. Apabila janin lahir belum bisa bertahan hidup dengan baik. Pada masa ini ibu sudah merasa dapat beradaptasi dan nyaman dengan kehamilan.

c. Kehamilan trimester III (29-42 minggu)

Pada masa ini perkembangan kehamilan sangat pesat. Masa ini disebut masa pematangan. Tubuh telah siap untuk proses persalinan. Payudara sudah mengeluarkan kolostrum.

3. Perubahan dan Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III

a. Perubahan dan Adaptasi fisiologis Trimester III

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan, sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomotropin, estrogen dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh. Adaptasi anatomi dan fisiologi serta biokimiawi yang terjadi pada wanita selama masa kehamilan yang pendek itu begitu besar. Perubahan-perubahan tersebut segera terjadi setelah fertilisasi dan berlanjut sepanjang kehamilan. Perubahan akibat kehamilan dialami seluruh tubuh wanita yaitu:

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gr dan mempunyai kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 L bahkan dapat mencapai 20 L atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gr. Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi

akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada otot bagian luar. Kerjasama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis. Pada akhir kehamilan ketebalannya berkisar 1,5 cm bahkan kurang,

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gr akan mengalami hipertrofi dan hiperlasia, sehingga menjadi berat seberat 1000 gr saat akhir kehamilan.

2) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti karena adanya peningkatan estrogen dan progesteron yang menyebabkan penekanan sekresi *Follicle-Stimulating Hormone (FSH)* dan *Luteinizing Hormone (LH)* dari hipofisis anterior. Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya urin yang mengambil ahli pengeluaran estrogen dan progesterone.

3) Serviks

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Karena servik terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin ke bawah. Sesudah partus, serviks akan tampak berlipat-lipat dan tidak menutup seperti spinkter

4) Vagina dan perineum

Selama kehamilan, terjadi peningkatan vaskularitas dan hyperemia dikulit dan otot perineum dan vulva, disertai pelunakan jaringan ikat dibawahnya. Meningkatnya vaskularitas sangat

mempengaruhi vagina dan menyebabkan warnanya menjadi keunguan (tanda *chadwick*). Dinding vagina mengalami perubahan mencolok sebagai persiapan untuk meregang saat persalinan dan kelahiran.

Mammae semakin tegang dan membesar sebagai persiapan untuk laktasi akibat pengaruh somatotropin, estrogen dan progesteron. Pada payudara wanita terdapat striae karena adanya peregangan lapisan kulit. Hal ini terjadi pada 50% wanita hamil. Selama trimester ini pula sebagian wanita mengeluarkan kolostrum secara periodik

5) Hormon persiapan payudara

Fungsi hormone yang mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI antara lain sebagai berikut:

a) Estrogen

Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara, Menimbulkan penimbunan lemak, air serta garam sehingga payudara tampak jadi besar, Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

b) Progesterone

Mempersiapkan asinus atau (*alveoli*) sehingga dapat berfungsi, Menambah sel asinus.

c) Somatomotropin

Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin dari laktoglobulin, Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara.

6) Sistem endokrin

Hormon Somatomotropin, estrogen, dan progesteron merangsang mammae semakin membesar dan meregang, untuk persiapan laktasi.

7) Sistem perkemihan

Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodilusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

Pada kehamilan tahap lanjut, pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi daripada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kekanan akibat terdapat kolon rektosigmoid di sebelah kiri. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine.

8) Sistem pernapasan

Pada kehamilan, terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O^2 . Di samping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O^2 yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% daripada biasanya.

9) Saluran pencernaan (*traktus digestivus*)

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan bergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser kearah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorit.

10) Sistem integument

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh Melanophore Hormon Lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papila mammae, linea nigra, cloasma gravidarum

anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Setelah persalinan, hiperpigmentasi akan menghilang.

11) Berat badan dan indeks Masa Tubuh (IMT)

Penigkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Hasil analisis menunjukkan bahwa berat badan yang bertambah berhubungan dengan perubahan fisiologi yang terjadi pada kehamilan dan lebih dirasakan pada ibu primigravida untuk menambah berat badan pada masa kehamilan.

Tabel 2.1
Kenaikan BB sesuai Usia Kehamilan

Status Gizi	Indeks Masa Tubuh (IMT)	Pertambahan Berat Badan (kg)
Kurus	17-<18,5	13,0-18,0
Normal	18,5-25,0	11,5-13,0
Overweight	>25-27	7,0-11,5
Obesitas	>27	<6,8
Kembar	-	16,0-20,5

Sumber: Aldera dkk. (2020)

b. Perubahan dan Adaptasi psikologis Trimester III

Menurut Dartiwen & Nurhayati, (2019), trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan cemas mengingat bayi dapat lahir kapanpun. Hal ini membuatnya berjaga-jaga sementara ia memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan muncul. Sedangkan menurut Yuliawardani dkk. (2023), menyebut trimester III sebagai periode menunggu yang ditandai dengan kewaspadaan tinggi terhadap proses kelahiran. Dalam konteks adaptasi, ibu hamil berusaha menyesuaikan diri terhadap stimulus internal dan eksternal melalui mekanisme adaptasi psikologis,

seperti penerimaan perubahan tubuh dan kesiapan menjalani peran sebagai ibu.

Dukungan keluarga, seperti memberikan rasa aman, menemani kontrol kehamilan, serta membantu memenuhi kebutuhan ibu, dapat meningkatkan kenyamanan psikologis dan mengurangi stres. Dukungan tersebut juga berkontribusi dalam membangun rasa percaya diri ibu, sehingga ibu lebih siap secara mental menghadapi proses persalinan (Fatwiany dan Kamaliah, 2023).

4. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Hatijar *et al.*, (2020), tanda bahaya kehamilan dalam trimester III yaitu:

- a. Perdarahan pervaginam
- b. Sakit kepala yang hebat
- c. Penglihatan kabur
- d. Nyeri perut yang hebat
- e. Gerakan bayi yang berkurang

5. Standar Asuhan Kehamilan

Menurut Wulandari dkk. (2021), Pelayanan Antenatal sesuai standar dan secara terpadu minimal 10 T, yaitu:

1) Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan

Timbang BB dan pengukuran TB pertambahan BB yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan massa tubuh (BMI: Body Massa Index), dimana metode ini menentukan pertambahan optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting untuk mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan BB pada kehamilan yang normal adalah 11,5-16 Kg adapun TB menentukan tinggi panggul ibu, ukuran normal yang baik untuk ibu hamil tidak < 145 cm.

2) Pengukuran Tekanan Darah

Darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama kehamilan. Tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140

mmHg atau diastolic 90 mmHg pada awal pemeriksaan dapat mengindikasikan potensi hipertensi.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA > 28 cm.

4) Pengukuran tinggi puncak rahim (Fundus uteri)

Apabila usia kehamilan dibawah 24 pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila minggu kehamilan diatas 24 minggu memakai Mc Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai metlin dari tepi atas symphysis sampai fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya.

Tabel 2.2
TFU menurut usia kehamilan

UK	Fundus Uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	Dibawah pinggir pusat
24	Pinggir pusat atas
28	3 jari atas pusat
32	$\frac{1}{2}$ pusat- <i>proc. Xiphoides</i>
36	1 jari dibawah <i>proc. Xiphoides</i>
40	3 jari dibawah <i>proc. Xiphoides</i>

Sumber: Walyani (2020)

5) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir Trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya

setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi

Imunisasi tetanus *toxoid* adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Pemberian imunisasi Tetanus *Toxoid* (TT) pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja imunisasi pertama diberikan pada usia 16 minggu untuk yang ke dua diberikan 4 minggu kemudian, akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibuat jadwal pemberian imunisasi pada ibu.

Tabel 2.3
Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT I		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT II	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT III	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT IV	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT V	12 bulan setelah TT 4	> 25

Sumber: Kemenkes RI (2021)

7) Tablet Fe (minimal 90 tablet selama hamil)

Manfaat zat besi pada ibu hamil adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Wanita hamil perlu menyerap zat besi rata-rata 60 mg/hari, kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester 2, karena absorpsi usus yang tinggi. Fe diberikan 1 kali perhari setelah rasa mual hilang, diberikan sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan.

Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum dengan teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Jika ditemukan anemia berikan 2-3 tablet zat besi perhari. Selain itu untuk memastikannya dilakukan pemeriksaan Hb yang dilakukan 2 kali selama kehamilan yaitu pada saat kunjungan awal dan pada usia kehamilan 28 minggu atau jika ada tanda-tanda anemia.

8) Tes Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, dan sifilis. Indikasi-indikasi tersebut yaitu adalah infeksi menular seksual (IMS) yang dapat menular dari ibu hamil dan bayinya, ketiganya memiliki jalur penularan yang sama berupa kontak seksual, darah, vertikal dari ibu ke janin. Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi: Pemeriksaan golongan darah, Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb), Pemeriksaan protein dalam urine, Pemeriksaan kadar gula darah, Pemeriksaan darah malaria, Pemeriksaan tes sifilis, Pemeriksaan HIV.

Rahmawati dkk. (2022), menyatakan bahwa pengetahuan yang rendah dapat memengaruhi sikap ibu hamil terhadap pemeriksaan HIV, sehingga sebagian dari mereka cenderung menolak atau merasa takut untuk melakukan tes. Oleh karena itu, peran tenaga kesehatan menjadi sangat penting dalam memberikan edukasi yang berkesinambungan, baik melalui konseling individu maupun penyuluhan kelompok.

9) Tatalaksana Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu Wicara

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap ibu hamil melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan pengetahuan ibu hamil. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan jika diketahui adanya keluhan/masalah tertentu.

B. Konsep Dasar Skor Poedji Rochjati

1. Pengertian Skor Poedji Rochjati

Skor Poedji Rochjati (SPR) merupakan suatu metode skrining antenatal yang dikembangkan oleh Poedji Rochjati untuk mengidentifikasi secara dini ibu hamil yang memiliki faktor risiko terhadap terjadinya komplikasi selama kehamilan, persalinan, nifas, maupun pada bayi baru lahir. Sistem ini digunakan sebagai alat deteksi dini dalam pelayanan antenatal untuk mengelompokkan ibu hamil berdasarkan tingkat risiko sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan, pemantauan, dan rujukan secara tepat waktu.

Skor Poedji Rochjati merupakan salah satu instrumen yang banyak digunakan dalam pelayanan kesehatan maternal di Indonesia karena mudah diterapkan pada berbagai tingkat pelayanan kesehatan, terutama di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Penggunaan skor ini didasarkan pada konsep bahwa sebagian besar kematian ibu dan bayi dapat dicegah melalui identifikasi dini faktor risiko dan penatalaksanaan yang tepat sebelum terjadi komplikasi.

Menurut Rochjati dalam Gustien (2023), kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang memiliki satu atau lebih faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan kesehatan pada ibu maupun janin dibandingkan dengan kehamilan normal. Oleh karena itu, setiap ibu hamil perlu dilakukan penapisan risiko menggunakan Skor Poedji Rochjati sejak kunjungan antenatal pertama dan dievaluasi secara berkala selama masa kehamilan. Sejalan dengan itu, World Health Organization

(2024), menjelaskan bahwa kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan yang memiliki kondisi atau faktor tertentu yang dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada ibu, janin, maupun bayi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Faktor risiko tersebut dapat berasal dari karakteristik ibu, riwayat obstetri, penyakit penyerta, maupun komplikasi yang muncul selama kehamilan. Oleh karena itu, setiap ibu hamil memerlukan penilaian risiko secara berkala melalui pelayanan antenatal yang berkualitas untuk mendeteksi komplikasi sedini mungkin dan memastikan penanganan yang tepat.

Berbagai pendekatan faktor risiko telah dikembangkan untuk mengatasi dan mengurangi Risiko kematian ibu. Di antara pendekatan-pendekatan tersebut, konsep “Empat Terlalu” dan “Tiga Terlambat”. Konsep “Empat Terlalu” mengacu pada identifikasi empat faktor spesifik yang berkontribusi terhadap kematian ibu: Terlambat mencari pertolongan, Terlalu jauh untuk menjangkau pertolongan, Terlalu sedikit pertolongan, dan Terlambat menerima pertolongan yang memadai. Konsep “Tiga Keterlambatan yang dapat menyebabkan hasil yang buruk bagi ibu: Keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, keterlambatan dalam mencapai tempat pelayanan yang tepat (Sihotang & Hidayatullah 2024).

2. Latar Belakang Pengembangan Skor Poedji Rochjati

Masalah utama dalam kesehatan maternal di Indonesia adalah masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Sebagian besar kematian tersebut disebabkan oleh komplikasi obstetri seperti perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, persalinan macet, serta komplikasi akibat penyakit penyerta. Banyak kasus komplikasi terjadi karena keterlambatan dalam mengenali tanda bahaya dan keterlambatan dalam memperoleh pertolongan yang adekuat. Berdasarkan kondisi tersebut, Poedji Rochjati mengembangkan sistem skor yang bertujuan untuk mendeteksi faktor risiko sejak awal kehamilan. Dengan adanya identifikasi risiko yang lebih dini, tenaga kesehatan dapat melakukan upaya promotif,

preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara lebih efektif sehingga komplikasi dapat dicegah atau ditangani sebelum berkembang menjadi kondisi yang mengancam jiwa.

Tingginya angka kematian ibu dan bayi masih menjadi masalah kesehatan yang memerlukan perhatian serius. Menurut WHO (2024), sebagian besar komplikasi yang menyebabkan kematian maternal dan neonatal dapat dicegah melalui identifikasi dini faktor risiko selama kehamilan. Sejalan dengan teori deteksi dini yang dikemukakan oleh Rochjati dalam Gustien (2023), pengenalan faktor risiko sejak awal kehamilan memungkinkan tenaga kesehatan melakukan pemantauan dan intervensi secara tepat waktu. Selain itu, teori *Three Delays Model* menjelaskan bahwa keterlambatan dalam pengambilan keputusan, mencapai fasilitas kesehatan, dan memperoleh pelayanan yang adekuat merupakan faktor penting yang berkontribusi terhadap tingginya angka kematian ibu. Oleh karena itu, dikembangkanlah Kartu Skor Poedji Rochjati sebagai alat skrining yang membantu tenaga kesehatan mengidentifikasi kehamilan risiko tinggi sehingga dapat dilakukan tindakan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara lebih efektif.

3. Tujuan Skor Poedji Rochjati

Tujuan skreening dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) membuat pengelompokan dari ibu hamil kehamilan Resiko Rendah (KRR), Kehamilan Resiko Tinggi (KRST), agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil dan melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana. Sejalan dengan itu menurut Petricka (2025), tujuan penggunaan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah melakukan deteksi dini risiko kehamilan melalui pengelompokan ibu hamil ke dalam kategori Kehamilan Risiko Rendah (KRR), Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST). Pengelompokan tersebut bertujuan untuk mencegah keterlambatan

penanganan kegawatdaruratan obstetri, khususnya dalam proses rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai. Selain itu, Tan dkk. (2025), menyatakan bahwa penggunaan KSPR membantu tenaga kesehatan dalam merencanakan asuhan kebidanan, memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga, serta meningkatkan kesiapan rujukan sehingga komplikasi kehamilan dapat dicegah sedini mungkin.

4. Prinsip Dasar Skor Poedji Rochjati

Prinsip dasar Skor Poedji Rochjati adalah pemberian skor terhadap berbagai faktor risiko yang dimiliki ibu hamil. Setiap ibu hamil memperoleh skor dasar sebesar dua (2). Selanjutnya, skor tambahan diberikan sesuai faktor risiko yang ditemukan pada ibu. Semakin tinggi jumlah skor yang diperoleh, semakin besar kemungkinan ibu mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan. Penilaian dilakukan secara komprehensif dengan memperhatikan karakteristik ibu, riwayat obstetri, kondisi kesehatan saat ini, dan keadaan kehamilan yang sedang berlangsung. Hasil penjumlahan skor kemudian digunakan untuk menentukan kategori risiko kehamilan.

Menurut Rochjati dalam Gustien (2023), prinsip dasar Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah pemberian skor terhadap faktor-faktor risiko yang dimiliki ibu hamil. Setiap ibu hamil memperoleh skor dasar, kemudian diberikan skor tambahan sesuai faktor risiko yang ditemukan. Semakin tinggi jumlah skor yang diperoleh, semakin besar kemungkinan terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan. Sejalan dengan hal tersebut, WHO (2024), menjelaskan bahwa penilaian risiko kehamilan merupakan proses sistematis yang mempertimbangkan karakteristik ibu, riwayat obstetri, kondisi medis, dan keadaan kehamilan saat ini untuk menentukan tingkat risiko serta kebutuhan intervensi yang sesuai. Petricka dkk. (2025), juga menyatakan bahwa sistem skoring pada KSPR merupakan metode efektif untuk mengidentifikasi risiko kehamilan dan mendukung pengambilan keputusan klinis dalam pelayanan antenatal.

5. Faktor-Faktor Risiko dalam Skor Poedji Rochjati

Faktor risiko yang dinilai dalam SPR meliputi faktor biologis, obstetri, dan medis yang terbukti berhubungan dengan peningkatan komplikasi maternal dan neonatal.

a) Faktor Risiko Demografi dan Biologis

Faktor demografi dan biologis berkaitan dengan karakteristik dasar ibu yang dapat memengaruhi proses kehamilan dan persalinan, antara lain:

- 1) Umur ibu kurang dari 20 tahun.
- 2) Umur ibu lebih dari 35 tahun.
- 3) Tinggi badan ≤ 145 cm.
- 4) Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun.
- 5) Paritas ≥ 4 kali persalinan.

Ibu dengan usia terlalu muda memiliki organ reproduksi yang belum matang sempurna, sedangkan usia di atas 35 tahun berhubungan dengan peningkatan risiko hipertensi, diabetes gestasional, dan komplikasi persalinan. Tinggi badan yang pendek sering dikaitkan dengan panggul sempit yang dapat menyebabkan disproporsi sefalopelvik.

b) Riwayat Obstetri Buruk

Riwayat obstetri sebelumnya menjadi indikator penting dalam memprediksi risiko kehamilan berikutnya. Faktor-faktor yang termasuk dalam kelompok ini adalah:

- 1) Riwayat abortus berulang.
- 2) Riwayat persalinan prematur.
- 3) Riwayat bayi lahir mati.
- 4) Riwayat kematian neonatal.
- 5) Riwayat perdarahan antepartum maupun postpartum.
- 6) Riwayat preeklamsia atau eklamsia.
- 7) Riwayat persalinan dengan tindakan operasi sesar.
- 8) Riwayat tindakan obstetri lainnya.

Adanya riwayat komplikasi sebelumnya menunjukkan kemungkinan terulangnya masalah yang sama pada kehamilan berikutnya.

c) Faktor Risiko Pada Kehamilan Saat Ini

Kelompok ini meliputi kondisi yang ditemukan selama kehamilan berjalan, antara lain:

- 1) Anemia dalam kehamilan.
- 2) Hipertensi gestasional.
- 3) Preeklamsia dan eklamsia.
- 4) Perdarahan antepartum.
- 5) Kehamilan ganda (gemeli).
- 6) Hidramnion.
- 7) Oligohidramnion.
- 8) Ketuban pecah dini.
- 9) Letak sungsang.
- 10) Letak lintang.
- 11) Pertumbuhan janin terhambat.
- 12) Dugaan janin besar.
- 13) Kehamilan lewat waktu (postterm).

Kondisi-kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi serius baik pada ibu maupun janin sehingga memerlukan pengawasan ketat (Dulay 2024).

6. Klasifikasi Rasio Berdasarkan Skor Poedji Rochjati

Menurut Petricka dkk. (2025), skrining risiko kehamilan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengelompokkan ibu hamil berdasarkan tingkat risiko yang dimiliki. Hasil pengelompokan tersebut digunakan sebagai dasar dalam menentukan kebutuhan pemantauan selama kehamilan, perencanaan persalinan yang aman, serta persiapan sistem rujukan yang sesuai guna mencegah terjadinya komplikasi maternal dan perinatal. Semakin tinggi tingkat risiko yang teridentifikasi, semakin besar kebutuhan ibu terhadap pelayanan kesehatan yang lebih intensif. Sejalan dengan hal tersebut, WHO (2024), menyatakan bahwa stratifikasi risiko kehamilan merupakan bagian penting dari pelayanan antenatal karena membantu tenaga kesehatan dalam

mengidentifikasi ibu yang memerlukan pengawasan dan intervensi lebih intensif. Berdasarkan total skor yang diperoleh, ibu hamil diklasifikasikan menjadi tiga kelompok risiko sebagai berikut:

Tabel 2.4 Klasifikasi Rasio Kehamilan

Total Skor	Kategori
2	Kehamilan Risiko Rendah (KRR)
6–10	Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)
≥12	Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Sumber: Rochjati di kutip dalam Petricka *et al.*, (2025)

a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah merupakan kehamilan tanpa faktor risiko yang bermakna. Ibu tetap memerlukan pemantauan antenatal rutin sesuai standar pelayanan kesehatan untuk memastikan kehamilan berlangsung normal. Sejalan dengan itu menurut Fowler dkk. (2024), menjelaskan bahwa tujuan utama pelayanan antenatal adalah mengidentifikasi kehamilan berisiko dan melakukan pemantauan perkembangan ibu serta janin secara berkesinambungan. Risiko yang tidak ditemukan pada trimester awal dapat muncul pada trimester kedua atau ketiga, seperti preeklamsia, anemia, gangguan pertumbuhan janin, dan komplikasi lainnya, sehingga evaluasi berkala sangat diperlukan.

b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi menunjukkan adanya satu atau beberapa faktor risiko yang berpotensi menimbulkan komplikasi. Ibu memerlukan pemantauan lebih intensif, edukasi kesehatan yang lebih mendalam, serta kesiapan rujukan apabila terjadi keadaan gawat darurat. Sejalan dengan itu Menurut Petricka dkk. (2025), ibu hamil dengan kategori risiko tinggi memerlukan pemantauan yang lebih intensif karena memiliki kemungkinan lebih besar mengalami gangguan selama kehamilan dan persalinan dibandingkan kelompok risiko rendah.

c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi menunjukkan adanya faktor risiko berat atau kombinasi beberapa faktor risiko yang dapat mengancam keselamatan

ibu dan janin. Pada kelompok ini diperlukan pengawasan ketat oleh tenaga kesehatan dan umumnya dianjurkan melahirkan di rumah sakit yang memiliki fasilitas pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif. Sejalan dengan itu, menurut World Health Organization (2025), ibu hamil dengan faktor risiko tinggi atau komplikasi obstetri memiliki kemungkinan lebih besar mengalami perdarahan berat, preeklamsia dan eklamsia, infeksi, komplikasi persalinan, serta kematian maternal dan neonatal. Oleh karena itu, kelompok ibu hamil berisiko tinggi memerlukan pemantauan yang lebih intensif, akses terhadap tenaga kesehatan terampil, dan sistem rujukan yang efektif untuk mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa.

7. Manfaat Skor Poedji Rochjati dalam Pelayanan Kebidanan

Penggunaan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) memberikan berbagai manfaat dalam praktik kebidanan. Menurut Tan dkk. (2025), KSPR merupakan alat skrining yang efektif untuk mengidentifikasi ibu hamil risiko tinggi sehingga komplikasi dapat dideteksi lebih awal. Petricka dkk. (2025), menyatakan bahwa hasil skrining KSPR dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan kebutuhan pemantauan dan rujukan sesuai tingkat risiko kehamilan. Selain itu, WHO (2024), menjelaskan bahwa penilaian risiko kehamilan merupakan bagian penting dari pelayanan antenatal berkualitas karena membantu tenaga kesehatan menyusun rencana persalinan yang aman dan mengantisipasi komplikasi. Melalui identifikasi risiko yang tepat, penggunaan KSPR juga dapat meningkatkan kesiapsiagaan keluarga, mendukung pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta berkontribusi dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Penggunaan Skor Poedji Rochjati memberikan berbagai manfaat dalam praktik kebidanan, antara lain:

- a) Mempermudah identifikasi ibu hamil risiko tinggi.
- b) Menjadi dasar pengambilan keputusan klinis terkait rujukan.

- c) Membantu penyusunan rencana persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K).
- d) Meningkatkan kualitas pelayanan antenatal.
- e) Mendukung program penurunan AKI dan AKB.
- f) Meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi komplikasi obstetri.
- g) Mengoptimalkan sistem rujukan maternal dan neonatal.

8. Kelebihan dan Keterbatasan Skor Poedji Rochjati

- a) Kelebihan
 - 1) Mudah digunakan oleh tenaga kesehatan.
 - 2) Praktis dan ekonomis.
 - 3) Tidak memerlukan alat khusus.
 - 4) Dapat diterapkan di semua tingkat pelayanan kesehatan.
 - 5) Efektif sebagai alat skrining awal risiko kehamilan.
- b) Kekurangan
 - 1) Hanya berfungsi sebagai alat skrining, bukan alat diagnosis.
 - 2) Tidak semua komplikasi dapat diprediksi melalui sistem skor.
 - 3) Membutuhkan data yang lengkap dan akurat.
 - 4) Hasil penilaian dapat berbeda apabila pengkajian dilakukan secara tidak tepat.
 - 5) Risiko kehamilan dapat berubah sewaktu-waktu sehingga perlu dilakukan penilaian ulang secara berkala.

9. Implikasi Skor Poedji Rochjati dalam Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Dalam konsep *Continuity of Care* (CoC), Skor Poedji Rochjati berperan sebagai instrumen penting untuk mengidentifikasi tingkat risiko ibu sejak masa kehamilan hingga persalinan. Hasil penilaian skor menjadi dasar dalam penyusunan rencana asuhan kebidanan yang komprehensif, termasuk frekuensi kunjungan antenatal, konseling kesehatan, perencanaan persalinan, persiapan rujukan, serta pemantauan masa nifas dan neonatal. Dengan demikian, penerapan Skor Poedji Rochjati dapat meningkatkan kualitas

pelayanan maternal dan neonatal serta mendukung tercapainya kehamilan dan persalinan yang aman.

Penggunaan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) memberikan berbagai manfaat dalam praktik kebidanan. Menurut Tan dkk. (2025), KSPR merupakan alat skrining yang efektif untuk mengidentifikasi ibu hamil risiko tinggi sehingga komplikasi dapat dideteksi lebih awal. Petricka dkk. (2025), menyatakan bahwa hasil skrining KSPR dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan kebutuhan pemantauan dan rujukan sesuai tingkat risiko kehamilan. Selain itu, WHO (2024), menjelaskan bahwa penilaian risiko kehamilan merupakan bagian penting dari pelayanan antenatal berkualitas karena membantu tenaga kesehatan menyusun rencana persalinan yang aman dan mengantisipasi komplikasi. Melalui identifikasi risiko yang tepat, penggunaan KSPR juga dapat meningkatkan kesiapsiagaan keluarga, mendukung pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta berkontribusi dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi.

C. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan didefinisikan sebagai kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks sehingga hasil konsepsi dapat keluar dari uterus. Persalinan merupakan periode dari awal kontraksi uterus yang regular sampai terjadinya ekspulsi plasenta. Persalinan dikatakan normal apabila usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), persalinan terjadi spontan, presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18 jam dan tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin. Jadi persalinan merupakan proses dimana hasil konsepsi (janin, plasenta dan selaput ketuban) keluar dari uterus pada kehamilan cukup bulan (kurang lebih 37 minggu) tanpa disertai penyulit (Widyastuti, 2021).

2. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

a. Penurunan Kadar Progesteron

Hormon estrogen dapat meninggalkan kerentanan otot rahim, sedangkan hormon progesteron dapat menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Selama masa kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen didalam darah. Namun pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Hal inilah menandakan sebab-sebab mulainya persalinan.

b. Teori Oksitosin

Pada akhir usia kehamilan, kadar oksitosin bertambah sehingga menimbulkan kontraksi otot-otot rahim.

c. Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka terjadi kontraksi untuk mengeluarkan yang ada di dalamnya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan atau bertambahnya ukuran perut semakin teregang pula otot-otot rahim dan akan menjadi semakin rentan.

d. Pengaruh janin

Hipofise dan kelenjar-kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena *anencephaly* kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, dan ekstra amnial menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan. Penyebab terjadinya proses persalinan masih tetap belum bisa dipastikan, besar kemungkinan

semua faktor bekerja bersama, sehingga pemicu persalinan menjadi multifaktor.

3. Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan merupakan indikator penting yang menunjukkan dimulainya proses kelahiran. Dalam perkembangan ilmu kebidanan modern, pemahaman mengenai tanda-tanda persalinan tidak lagi hanya berfokus pada gejala klinis semata, tetapi juga mencakup proses fisiologis, hormonal, dan respons psikologis ibu. Penelitian terbaru menyatakan bahwa tanda-tanda persalinan merupakan manifestasi dari aktivasi sistem biologis yang kompleks dan terintegrasi (Leimert *et al.*, 2021).

Tanda-tanda persalinan muncul sebagai akibat dari peningkatan aktivitas uterus dan perubahan serviks yang terjadi secara progresif. Kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat menjadi tanda utama, yang disertai dengan penipisan (efacement) dan pembukaan (dilatasi) serviks. Proses ini menunjukkan bahwa tubuh ibu telah memasuki fase aktif menuju kelahiran. Penelitian menunjukkan bahwa kontraksi yang efektif harus disertai perubahan serviks untuk dapat dikategorikan sebagai persalinan sebenarnya (Cunningham *et al.*, 2022). Pada dasarnya tanda persalinan dibagi menjadi dua, yaitu tanda utama dan tanda tambahan. Tanda utama meliputi kontraksi uterus yang teratur, pembukaan serviks, serta pecahnya ketuban. Sementara itu, tanda tambahan seperti keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*), nyeri pinggang yang menjalar, dan perasaan tertekan pada panggul juga sering menyertai. Kemampuan ibu dalam mengenali tanda-tanda ini sangat penting untuk menentukan waktu yang tepat dalam mencari pertolongan tenaga kesehatan.

Menurut Ravanos dkk. (2021), tanda-tanda persalinan tidak hanya berupa perubahan fisik, tetapi juga melibatkan respons psikologis dan perilaku ibu. Ibu hamil menjelang persalinan sering menunjukkan perubahan emosional seperti kecemasan, gelisah, peningkatan kewaspadaan, serta fokus pada persiapan kelahiran. Respons ini merupakan

bagian dari mekanisme adaptasi alami tubuh dalam menghadapi proses persalinan. Tanda-tanda persalinan berfungsi sebagai sistem peringatan dini (*early warning signs*). Pengetahuan ibu mengenai tanda-tanda ini sangat penting untuk mencegah keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa edukasi yang baik mengenai tanda persalinan dapat meningkatkan kesiapsiagaan ibu dan menurunkan risiko komplikasi (WHO, 2023).

4. Tahapan Persalinan

a. Kala I atau Kala Pembukaan

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I terbagi menjadi dua fase yaitu:

1) Fase laten

Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm. fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

2) Fase aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi tiga, yaitu:

a) Fase akselerasi (fase percepatan) yaitu fase pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.

b) Fase dilatasi maksimal, yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4 sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.

c) Fase deselerasi (kurangnya percepatan) yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

b. Kala II atau Kala Pengeluaran Janin

Pengeluaran tahap persalinan kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi.

c. Kala III atau Kala Pengeluaran Plasenta

Tahap persalinan kala III ini dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta.

d. Kala IV atau Kala Pengawasan

Masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala IV persalinan, meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (*puerperium*), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.

5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan (Namangdjabar *et al.*, 2023).

a. Power/Kontraksi

Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Setelah kontraksi, terjadi retraksi sehingga rongga uterus mengecil dan janin terdorong ke bawah. Kontraksi paling kuat di fundus dan berangsur berkurang ke bawah.

b. Passenger

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

c. Passage away

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku.

6. Kebutuhan Fisik Ibu Bersalin

a. Kebutuhan fisiologis ibu bersalin

Kebutuhan dasar manusia adalah suatu kebutuhan manusia yang paling dasar pokok utama yang apabila tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan di dalam diri manusia. Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan baik dan lancar.

1) Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan terutama pada kala I dan kala II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak kuat dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang kuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan. Ventilasi udara perlu diperhatikan, apabila ruangan tertutup karena menggunakan AC maka pastikan bahwa dalam ruangan tersebut tidak terdapat banyak orang. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Pemenuhan oksigen yang adekuat dapat membuat denyut jantung janin (DJJ) baik dan stabil.

2) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan cairan dan nutrisi (makan dan minum) merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Pastikan bahwa setiap tahapan persalinan (kala I, II, III, maupun IV), ibu mendapatkan asupan makan dan minuman yang cukup, asupan makanan yang cukup (makanan utama maupun makanan ringan), merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah yang rendah akan mengakibatkan hipoglikemia, sedangkan asupan cairan yang kurang, akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu

bersalin. Dehidrasi pada ibu bersalin dapat mengakibatkan melambatnya kontraksi (his), dan mengakibatkan kontraksi menjadi tidak teratur. Ibu yang mengalami dehidrasi dapat diamati dari bibir yang kering, peningkatan suhu tubuh, dan eliminasi yang sedikit.

Selama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, disela-sela kontraksi pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum). Pada kala III dan IV setelah ibu berjuang melahirkan bayi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi pada kala II.

3) Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. Kandung kemih yang penuh mengakibatkan menghambat proses penurunan bagian terendah janin kedalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas *spina isciadika*, menurunkan efesiensi kontraksi uterus atau his, meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus, meneteskan urin sekama kontraksi yang kuat pada kala II, memperlambat kelahiran plasenta pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

4) Kebutuhan Kebersihan (personal hygiene)

Personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan rileks, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan,

dan memelihara kesejahteraan fisik dan psikis. Tindakan personal hygiene, ibu bersalin yang dapat dilakukan membersihkan daerah genetalia (vulva vagina, anus) dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi.

Perawatan mulut ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya mempunyai nafas yang bau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dia dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang disekitarnya. Perawatan yang dapat diberikan yaitu dengan menggosok gigi, mencuci mulut, pemberian gliserin, pemberian permen untuk melembapkan mulut dan tenggorokan (Namangdjabar, 2023).

Pada kala I fase aktif dimana terjadi peningkatan *bloody show* dan ibu sudah tidak mampu mobilisasi. Membersihkan daerah genetalia untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan untuk meningkatkan kenyamanan ibu bersalin.

Pada kala II dan III, untuk membantu menjaga kebersihan dari ibu bersalin maka ibu dapat diberikan alas bersalin (*under pad*) yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir darah, air ketuban) dengan baik. Apabila saat mengejan diikuti dengan feses maka harus membersihkannya. Pada kala IV setelah janin dan plasenta dilahirkan selama 2 jam observasi, maka pastikan keadaan ibu sudah bersih dan dapat dimandikan atau dibersihkan diatas tempat tidur.

5) Kebutuhan Nutrisi

Selama proses persalinan berlangsung ibu bersalin harus tepat memenuhi kebutuhan nutrisi yang cukup. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) yang dimaksud yaitu memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba rileks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak

ada his (disela-sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur.

Setelah proses persalinan selesai (kala IV), tindakan selanjutnya yaitu melakukan observasi. Pada saat melakukan observasi ibu dapat diizinkan untuk tidur apabila sangat kelelahan. Istirahat yang cukup setelah proses persalinan dapat membantu ibu untuk memulihkan fungsi alat-alat reproduksi dan meminimalisasi trauma pada saat persalinan.

6) Posisi dan Ambulasi

Ambulasi yang dimaksud adalah mobilisasi ibu yang dilakukan pada kala I. Pada kala I posisi persalinan dimaksudkan untuk membantu mengurangi rasa sakit akibat his dan membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan. Ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman dan aman. Peran suami/anggota keluarga sangat bermakna, karena perubahan posisi yang aman dan nyaman selama persalinan dan kelahiran tidak bisa dilakukan sendiri oleh bidan.

Pada kala I ibu diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, duduk, berbaring miring ataupun merangkak. Hindari posisi jongkok ataupun dorsal recumbent maupun litotomi, hal ini akan merangsang kekuatan meneran. Posisi terlentang selama persalinan (kala I dan II) juga sebaiknya dihindari sebab saat ibu berbaring terlentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan plasenta akan menekan vena cava inferior. Penekanan ini akan menyebabkan turunnya suplai oksigen utero plasenta. Hal ini akan menyebabkan hipoksia. Posisi terlentang juga dapat menghambat kemajuan persalinan.

b. Kebutuhan Psikologis

1) Pemberian sugesti

Pemberian sugesti ini dilakukan untuk memberikan pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima oleh ibu bersalin secara logis.

2) Mengalihkan perhatian

Secara psikologis apabila ibu bersalin mulai merasakan sakit dan bidan tetap saja fokus pada rasa sakit itu dengan hanya menaruh rasa empati atau belas kasihan yang berlebihan maka ibu bersalin justru akan merasakan rasa sakit yang semakin bertambah.

D. Konsep Dasar Patograf

1. Pengertian Partograf

Selama pencatatan dan pelaporan persalinan yang dilakukan sehari-hari di tempat pelayanan kesehatan meliputi: Pencatatan dalam Sistem Informasi Manajemen Pelayanan Kesehatan (SP2TP), Kartu Ibu, Informed Consent, Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil atau Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Register Kohort Ibu dan Bayi, Partograf, Kartu Persalinan Nifas, Laporan hasil Audit Maternal Perinatal (AMP). Beberapa hasil pencatatan ini kemudian dilaporkan pada pihak-pihak terkait. Keseluruhan jenis pencatatan ini, tidak semua secara jelas atau kartu persalinan dan nifas (Wahyuni *et al.*, 2023).

Partograf merupakan alat bantu pemantauan yang digunakan untuk mencatat kemajuan persalinan, kondisi ibu, dan kondisi janin secara sistematis selama proses persalinan berlangsung. Partograf digunakan terutama pada persalinan kala I fase aktif untuk mendeteksi secara dini adanya penyimpangan atau komplikasi sehingga dapat dilakukan tindakan yang tepat dan cepat.

Partograf adalah alat pemantauan persalinan yang digunakan untuk menilai kemajuan persalinan dan kondisi ibu serta janin secara berkesinambungan guna membantu pengambilan keputusan klinis selama persalinan (WHO, 2023).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023), partograf merupakan lembar pencatatan yang digunakan untuk memantau kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, serta mendeteksi dini kemungkinan komplikasi selama proses persalinan.

2. Sejarah Perkembangan Partograf

Partograf pertama kali dikembangkan oleh Emanuel Friedman pada tahun 1954 melalui penelitian mengenai pola pembukaan serviks selama persalinan yang dikenal sebagai Kurva Friedman (*Friedman's Curve*).

Selanjutnya, World Health Organization mengembangkan partograf menjadi alat standar pemantauan persalinan yang digunakan secara global untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi akibat keterlambatan deteksi komplikasi persalinan.

Penggunaan partograf memungkinkan tenaga kesehatan mengidentifikasi secara dini adanya penyimpangan dari pola persalinan normal, seperti persalinan lama, partus macet, gawat janin, maupun komplikasi obstetri lainnya. Dengan demikian, keputusan klinis dapat diambil lebih cepat dan tepat, termasuk kebutuhan tindakan obstetri maupun rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Oleh karena itu, WHO merekomendasikan penggunaan partograf sebagai salah satu komponen penting dalam pelayanan persalinan yang aman dan berkualitas.

Dalam praktik kebidanan modern, partograf tidak hanya berfungsi sebagai alat dokumentasi, tetapi juga sebagai instrumen manajemen klinis yang membantu tenaga kesehatan dalam melakukan pemantauan persalinan secara objektif, sistematis, dan berbasis bukti. Penerapan partograf secara konsisten terbukti berkontribusi dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal maupun neonatal melalui deteksi dini komplikasi dan percepatan penanganan kasus-kasus berisiko tinggi.

3. Tujuan Penggunaan Partograf

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), tujuan penggunaan partograf adalah:

- a) Memantau kemajuan persalinan secara objektif.
- b) Mendeteksi dini persalinan lama atau persalinan macet.
- c) Memantau kesejahteraan janin selama persalinan.
- d) Memantau kondisi ibu selama persalinan.
- e) Membantu tenaga kesehatan mengambil keputusan klinis.
- f) Mengurangi risiko komplikasi maternal dan neonatal.
- g) Menjadi dokumentasi proses persalinan.

4. Manfaat Partograf

Menurut WHO (2024), penggunaan partograf bermanfaat untuk memantau kemajuan persalinan, kondisi ibu, dan kondisi janin secara berkelanjutan sehingga penyimpangan persalinan dapat dideteksi lebih dini. Selain itu, Prawirohardjo (2020), menjelaskan bahwa partograf membantu tenaga kesehatan dalam menentukan kebutuhan tindakan maupun rujukan secara tepat waktu guna mencegah komplikasi maternal dan neonatal. Partograf juga berfungsi sebagai alat dokumentasi dan evaluasi asuhan persalinan sebagaimana dijelaskan dalam Pedoman Asuhan Persalinan Normal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Berikut merupakan beberapa manfaat umum penggunaan partograf dalam dunia Kesehatan:

- a) Bagi Ibu
 - 1) Mendeteksi komplikasi secara dini.
 - 2) Mengurangi risiko persalinan lama.
 - 3) Mempermudah penentuan kebutuhan rujukan.
- b) Bagi Janin
 - 1) Memantau kesejahteraan janin.
 - 2) Mengidentifikasi tanda-tanda gawat janin.
 - 3) Menurunkan risiko asfiksia neonatal.
- c) Bagi Tenaga Kesehatan
 - 1) Menjadi pedoman pengambilan keputusan.
 - 2) Mempermudah dokumentasi persalinan.
 - 3) Membantu evaluasi asuhan kebidanan.

5. Komponen Partograf

a) Waktu Pengisian Partograf

Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV (Wahyuni *et al.*, 2023).

b) Isi Partograf

Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf (Wahyuni *et al.*, 2023).

Isi partograf antara lain:

- 1) Informasi tentang ibu
 - (a) Nama dan umur
 - (b) Gravida, para, abortus
 - (c) Nomorcatatan medik/nomor puskesmas
 - (d) Tanggal dan waktu mulai dirawat
 - (e) Waktu pecahnya selaput ketuban
- 2) Kondisi janin
 - (a) Denyut jantung janin
 - (b) Warna dan adanya air ketuban
 - (c) Penyusupan (molase) kepala janin
- 3) Kemajuan persalinan
 - (a) Pembukaan serviks
 - (b) Penurunan bagian atau presentasi janin
 - (c) Garis waspada dan garis bertindak
 - (1) Waktu dan jam
 - (2) Kontraksi uterus

(3) Obat-obatan yang diberikan

(4) Kondisi ibu (Wahyuni *et al.*, 2023).

c) Cara Pengisian Partograf

Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan Lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm perjam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibu dan janin dinilai dan dicatat dengan cara:

- 1) Denyut jantung janin: setiap 30 menit
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap 30 menit.
- 3) Nadi: setiap 30 menit
- 4) Pembukaan serviks: setiap 4 jam
- 5) Penurunan bagian terbawah janin: setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam
- 7) Produksi urin (2-4 Jam), aseton dan protein: sekali
- 8) Lembar depan partograph

(a) Informasi ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban, dan catat waktu merasakan mules.

(b) Kondisi janin

(1) Denyut Jantung Janin

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (bradycardi) atau diatas 160 permenit (tachikardi). Beri tanda tanda titik pada kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lain.

(2) Warna dan adanya air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, menggunakan lambang-lambang berikut:

U : Selaput ketuban Utuh

J : Selaput ketuban pecah, dan air ketuban Jernih.

M : Air ketuban bercampur Mekonium.

D : Air ketuban bernoda Darah.

K : Tidak ada cairan ketuban/Kering.

d) Kemajuan Persalinan

1) Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan dalam pemeriksaan fisik, nilai dan catat pembukaan servik setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap hasil temuan setiap hasil pemeriksaan. Tanda “X” hasil ditulis digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh.

2) Penurunan bagian terbawah atau persentasi janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau persentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan servik umumnya disertai dengan turunnya bagian terbawah atau persentasi janin. Namun, kadang kala penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan 7 cm. Penurunan kepala janin diukur secara palpasi bimanual. Penurunan kepala janin diukur seberapa jauh dari tepi simfisis pubis. Dibagi menjadi lima kategori simbol 5/5 samapai 0/5. Simbol 5/5 menyetakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis. Kata-kata “turunnya kepala” dan garis terputus dari

0-5, tertera disisi yang sama dengan angka pembukaan serviks.

Berikan tanda (o) pada garis waktu yang sesuai.

e) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika pembukaan 1 cm perjam. Jika pembukaan serviks mengarah kesebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 jam per jam) maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisah oleh 8 kotak atau 4 jalus ke sisi. Jika pembukaan serviks berada disebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan.

f) Jam dan waktu

1) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Dibagian bawah partograf pembukaan serviks dan penurunan kepala. Tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-12 setiap kotak menyatakan 1 jam sejak dimulai fase aktif persalinan.

2) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotakkotak untuk mencatat waktu actual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan 1 jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada jalur kotak di atasnya atau lajur kotak dibawahnya.

g) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak satu kali 10 menit, isi satu kotak.

1) Berikan tanda titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.

- 2) Berikan garis-garis dikotak sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 - 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.
- h) Kesehatan dan Kenyamanan Ibu
- 1) Nadi, tekanan darah dan suhu
 Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika ada penyulit). Beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika ada penyulit). Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat atau adanya infeksi) setiap 2 jam.
 - 2) Volume urin, protein, atau aseton
 Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu minimal setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan, setiap ibu berkemih lakukan pemeriksaan aseton atau protein dalam urin.
 Pencatatan pada Lembar Belakang: Partograf Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat halhal yang terajdi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tintadak-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir), itulah sebabnya bagian ini disebut catatan persalinan. Nilai dan catat asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama masa persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Catatan persalinan terdiri atas unsur-unsur berikut:
- (a) Data dasar
- Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk,

tempat rujukan, dan pendamping pada saat merujuk. Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan.

(b) Kala I

Terdiri atas pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah yang dihadapi, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaan tersebut. Untuk pertanyaan no 9 lingkari jawaban yang sesuai. Pertanyaan lainnya cukup diisi jika terdapat masalah lainnya dalam persalinan.

(c) Kala II

Kala II terdiri atas episiotomi persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Beri tanda ceklis pada kotak disamping jawaban yang sesuai. Untuk pernyataan no 13 dan 16 jawabannya ya, ini jenis tindakan yang lain dilakukan. Untuk pernyataan terdapat masalah lain pada kala II.

(d) Kala III

Kala III terdiri dari kala III, pemberian oksitosin, peregangan tali pusat, terkendali, pemijatan fundus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah pendarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya, isi Informasi tentang bayi baru lahir terdiri atas berat badan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak disamping jawaban yang sesuai.

(e) Bayi Baru Lahir

Penyerta serta penatalaksanaan terpilih dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang telah disediakan serta beri tanda pada kotak disamping jawaban yang sesuai sedangkan untuk no 38 jawaban bisa lebih dari satu.

(f) Kala IV

Kala IV berisi tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan pendarahan. Pemantauan kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah terdapat resiko atau terjadi pendarahan pasca persalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan pada setiap 15 menit pada satu jam perta dan setiap 30 menit pada jam kedua. Isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada bagian yang telah disediakan.

6. Hubungan Partograf dengan Continuity of Care (CoC)

Dalam konsep *Continuity of Care*, partograf berfungsi sebagai instrumen pemantauan yang menjamin kesinambungan pelayanan dari kala I persalinan hingga kelahiran bayi. Penggunaan partograf memungkinkan tenaga kesehatan melakukan deteksi dini komplikasi, pengambilan keputusan klinis yang tepat, dan perencanaan rujukan secara cepat sehingga dapat meningkatkan keselamatan ibu dan bayi.

Menurut WHO (2024), pemantauan persalinan yang sistematis menggunakan partograf merupakan bagian penting dari pelayanan maternitas yang berkualitas karena membantu mencegah keterlambatan diagnosis dan penanganan komplikasi obstetri.

Berdasarkan konsep *Continuity of Care*, partograf tidak hanya berfungsi sebagai alat pencatatan persalinan, tetapi juga sebagai instrumen pemantauan, komunikasi klinis, deteksi dini komplikasi, pengambilan keputusan, dan dasar rujukan. Oleh karena itu, penggunaan partograf secara tepat dan konsisten merupakan salah satu upaya penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan serta menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi.

E. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dan berat badannya 2500-4000 gram. Secara umum, bayi baru lahir dapat dilahirkan melalui dua cara, yakni melalui vagina atau operasi Caesar. Bayi baru lahir disebut neonatus, dimana yang memiliki arti sebagai individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstra uterin. Bayi baru lahir harus mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru, hal ini disebabkan oleh karena setelah plasenta dipotong, maka tidak ada asupan makanan yang didapatkan bayi dari ibunya lagi. Oleh karena itu diperlukan adanya asuhan kebidanan bayi baru lahir (Aryani & Afrida, 2022). Masa neonatal dibagi menjadi:

a) Masa Neonatal Dini (0-7 hari)

Masa neonatal dini merupakan masa antara bayi lahir sampai 7 hari setelah lahir. Masa ini merupakan masa rawan dalam proses tumbuh kembang anak, khususnya tumbuh kembang otak.

b) Masa Neonatal Lanjut (8-28 hari)

Masa neonatal lanjut, bayi rentan terhadap pengaruh lingkungan biofisikopsikososial. Dalam tumbuh kembang anak, peranan ibu dalam ekologi anak sangat besar.

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

- a) Berat badan 2500-4000 grm
- b) Panjang badan 48-52 cm
- c) Lingkar dada 30-38 cm
- d) Lingkar kepala 33-35 cm
- e) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- f) Pernafasan 40-60 kali/menit
- g) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- h) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i) Kuku agak panjang dan lemas

- j) Genetalia: perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, laki-laki testis sudah turun skrotum sudah ada
- k) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l) Refleks morro atau gerak memeluk dikagetkan sudah baik
- m) Refleks graps atau menggenggam sudah baik
- n) Refleks rooting mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik

3. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di luar Uterus

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan diluar uterus. Beberapa perubahan fisiologi yang dialami bayi baru lahir antara lain:

a) Sistem pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

b) Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Setelah lahir darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan di luar rahim harus terjadi dua perubahan besar.

c) Sistem imunitas

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau menimalkan infeksi.

d) Sistem Termoregulasi (Mekanisme kehilangan panas)

Mekanisme pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna sehingga perlu dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas dari tubuh bayi karena beresiko hipotermia yang sangat rentan terhadap kesakitan dan kematian.

4. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Aryani & Afrida, (2022), menjelaskan bahwa memberikan asuhan aman dan bersih segera setelah bayi lahir merupakan bagian esensial dari asuhan pada bayi baru lahir.

a) Pencegahan Infeksi

Bayi lahir sangat rentan terhadap infeksi disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Pencegahan infeksi antara lain:

- 1) Cuci tangan secara efektif sebelum bersentuhan dengan bayi
- 2) Gunakan sarung tangan yang bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Memastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan terutama klem, gunting, penghisap lendir dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- 4) Pastikan semua pakaian handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

b) Penilaian Neonatus

Segera setelah lahir, lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir

Tabel 2.5
APGAR Scor

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i>	Biru, pucat tungkai biru	Badan pucat muda	Semuanya merah
<i>Pulse</i>	Tidak teraba	<100	>100
<i>Grimace</i>	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
<i>Activity</i>	Lemas/lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi tungkai	Aktif/fleksi tungkai baik/reaksi melawan
<i>Respiratory</i>	Tidak ada	Lambat tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber: Aryani & Afrida, (2022)

c) Refleks Bayi Baru Lahir

Refleks-refleks Bayi Baru Lahir yaitu:

1) *Refleks moro*

Bayi akan terkejut atau akan mengangkat tangan dan membuka jari, lalu membalikkan dengan tangan yang cepat seakan-akan memeluk seseorang. Diperoleh dengan memukul permukaan yang rata dimana dekat bayi dibaringkan dengan posisi terlentang.

2) *Refleks rooting*

Timbul karena stimulasi taktil pipi dan daerah mulut. Bayi akan memutar kepala seakan mencari puting susu. Refleks ini menghilang pada usia 7 bulan.

3) *Refleks sucking*

Timbul bersamaan dengan refleks rooting untuk mengisap puting susu dengan baik.

4) *Refleks swallowing*

Timbul bersamaan dengan refleks rooting dan refleks sucking dimana bayi dapat menelan ASI dengan baik.

5) *Refleks graps*

Timbul jika ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi, lalu bayi akan menutup telapak tangannya atau ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, jari kaki menekuk.

6) *Refleks tonic neck*

Refleks ini timbul jika bayi mengangkat leher dan menoleh ke kanan atau kiri jika diposisikan tengkurap.

7) *Refleks Babinsky*

Muncul ketika ada rangsangan pada telapak kaki, ibu jari akan bergerak keatas dan jari-jari lainnya membuka, menghilang pada usia 1 tahun.

d) Mencegah kehilangan panas

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kehilangan panas dari tubuh bayi yaitu:

- 1) Keringkan bayi secara seksama, pastikan tubuh bayi dikeringkan segera setelah bayi lahir untuk mencegah hipotermia.
 - 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat.
 - 3) Tutup bagian kepala bayi agar bayi tidak kehilangan panas.
 - 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
 - 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. Menimbang bayi tanpa alas timbangan dapat menyebabkan bayi mengalami kehilangan panas secara konduksi. Memandikan bayi sekitar 6 jam setelah lahir.
- e) Perawatan tali pusat
- 1) Jangan membungkus putung tali pusat atau perut bayi atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke putung tali pusat.
 - 2) Mengoleskan alkohol dan betadine masih diperbolehkan tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab, (Mutmainnah *et al.*, 2021).
- f) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
- IMD dilakukan sedini mungkin dan eksklusif. Bayi baru lahir harus mendapatkan ASI satu jam setelah lahir. Anjurkan ibu memeluk bayinya dengan posisi bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu dan mencoba segera menyusukan bayi segera setelah tali pusat di klem atau dipotong, (Mutmainnah *et al.*, 2021).

5. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Yulizawati dkk. (2021), kebutuhan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

a) Pemberian minum

Salah satu dan pokok minuman yang boleh dikonsumsi oleh bayi baru lahir dan diberikan secara cepat/dini adalah ASI (Air Susu Ibu), karena ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayi (*On Demand*) atau sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) atau sesuai kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling

sedikit setiap 4 jam), berikan ASI dari salah satu sebelahnya. Berikan ASI saja (ASI Eksklusif) sampai bayi berumur 6 bulan.

b) Kebutuhan Istirahat/tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Neonatus usia sampai 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah total tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

c) Menjaga Kebersihan Kulit Bayi

Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir. Sebelum dimandikan periksa bahwa suhu tubuh bayi stabil (suhu aksila antara 36,5-37,5°C), jika suhu tubuh bayi masih dibawah batas normal maka selimuti tubuh bayi dengan longgar, tutupi bagian kepala, tempatkan bersama dengan ibunya (skin to skin), tunda memandikan bayi sampai suhu tubuhnya stabil dalam waktu 1 jam. Tunda juga untuk memandikan bayi jika mengalami gangguan pernapasan.

d) Menjaga keamanan Bayi

Jangan sekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bisa tersedak. Jangan menggunakan penghangat buatan ditempat tidur bayi.

6. Tanda-tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada bayi baru lahir adalah:

- a) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
- b) Baju kejang, lemah bergerak jika dirangsang/dipegang
- c) Nafas cepat ($>60 \times / \text{menit}$)
- d) Bayi merintih
- e) Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat
- f) Pusing kemerahan, berbau tidak sedap keluar nanah
- g) Demam (suhu $> 37^{\circ}\text{C}$) atau suhu tubuh bayi dingin (suhu kurang dari $36,50^{\circ}\text{C}$)
- h) Mata bayi bernanah, bayi diare

- i) Kulit bayi terlihat kuning pada telapak tangan dan kaki. Kuning pada bayi yang berebahay muncul pada hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir dan ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
- j) Tinja berwarna pucat.

7. Pemberian Imunisasi Pada Bayi

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit.

Tabel 2.6
Sasaran imunisasi pada bayi

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian	Interval Imunisasi
Hepatitis B (HB-0)	0–7 hari	1 kali	-
BCG	1 bulan	1 kali	-
Polio / IPV	1, 2, 3, 4 bulan	4 kali	4 minggu
DPT-HB-Hib	2, 3, 4 bulan	3 kali	4 minggu
Campak (MR)	9 bulan	1 kali	-

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2024)

8. Kunjungan Neonatus

Menurut Yulizawati dkk. (2021) kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali, yaitu:

- a) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
- b) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
- c) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)

F. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu, (Mirong & Yulianti 2023).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Mirong & Yulianti, (2023), tujuan asuhan masa nifas terdiri dari:

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b) Melaksanakan skrining yang komprehensif deteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

- c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- d) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

3. Tahapan Masa Nifas

Menurut Bakoil dkk. (2022), tahapan masa nifas dibagi dalam tiga periode yaitu:

a) Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan pervaginam tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

b) Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

c) Remote puerperium

Merupakan waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

4. Kebijakan Program Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas yang meliputi: satu kali pada periode 6 jam sampai dengan 2 hari pascapersalinan, satu kali pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari pascapersalinan, satu kali pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari pascapersalinan, dan satu kali pada periode 29 hari sampai dengan 42 hari pascapersalinan.

Tabel 2.7
Asuhan Dan Jadwal Kunjungan Masa Nifas

No	Waktu	Tujuan
1	6–8 jam setelah persalinan	a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memerikan rujukan bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu e. Mengajarkan ibu untuk mempercepat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umblicius tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan c. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit d. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bai agar tetap hangat
3	2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umblicius tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bai agar tetap hangat
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami ibu dan bayinya b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber: Walyani & Purwoastuti, (2022).

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a) Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar karena telah mengalami perubahan besar selama masa kehamilan dan persalinan. Proses involusi uteri adalah sebagai berikut:

(a) *Ischemia Myometrium*

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta, membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atropi.

(b) *Autolysis*

Merupakan proses pengancuran diri sendiri yang dalam otot uterus. enzim proteolitik dan makrofag akan memendekkan jaringan otot yang sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan.

Tabel 2.8
Involusi Uterus

NO	Involui	TFU	Berat Uterus
1	Bayi lahir	Stinggi pusat	100 gr
2	Uri lahir	2 jari bawa pusat	750 gr
3	1 minggu	Pertengahan pusat symphysis	500 gr
4	2 minggu	Tidak teraba di atas symphysis	350 gr
5	6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
6	8 minggu	Normal	30 gr

Sumber: Walyani & Purwoastuti, (2022).

2) *Lochea*

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lochea yang biasanya berwarna merah mudah atau putih pucat.

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina. Lochea mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Sekret mikroskopik lochea terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel

dan bakteri. Lochea juga dapat mengalami perubahan karena involusi. Perubahan-perubahan lochea tersebut diantaranya:

(a) Lochea Rubra (Cruenta)

Lochea ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-3 postpartum. Sesuai dengan namanya, Warnanya merah dan mengandung darah dari robekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion.

(b) Lochea sanguinolenta

Berwarna merah kecoklatan dan berlendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke-4 hingga 7 postpartum.

(c) Lochea serosa

Lochea ini Muncul pada hari ke 7 hingga hari ke 14 pospartum. berwarna kekuningan atau kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit dan laserasi plasenta

(d) Lochea Alba

Lochea ini muncul pada minggu ke 2 hingga minggu ke 6 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

Tabel 2.9
Pengeluaran Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, rambut lanugo, sisa meconium
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur Merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan /kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Yulizawati dkk. (2021)

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

4) Vulva dan vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur.

b) Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spaine sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok.

c) Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

d) Sistem muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam pospartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

e) Sistem kardiovaskuler

Denyut jantung dan volume jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

6. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Menurut Mirong & Yulianti, (2021), fase-fase yang akan dialami oleh ibu masa nifas yaitu:

a) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus pada dirinya sendiri. Hal ini membuat ibu lebih pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase *taking hold*

Periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Mempunyai perasaan yang sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah.

c) Fase *letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya.

7. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

a) Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang dibutuhkan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi dapat pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup.

b) Kebutuhan cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minum cairan yang cukup dapat membuat ibu tidak dehidrasi. asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari postpartum. Minum kapsul vit A (200.000 unit). Kegunaan cairan bagi tubuh menyangkut beberapa fungsi berikut:

- 1) Fungsi sistem perkemihan
- 2) Keseimbangan dan keselarasan berbagai proses di dalam tubuh
- 3) Sistem urinarius

c) Kebutuhan Ambulasi

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing untuk berjalan. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Mobilisasi dini (*early mobilization*) bermanfaat untuk melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium, ibu merasa lebih sehat dan kuat, mempercepat involusi alat kandungan, meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

d) Kebutuhan Eliminasi

1) Miksi

Pada persalinan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apa pun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Miksi hendaknya dilakukan sendiri secepatnya, kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus spinchter selama persalinan juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan.

2) Defaksi

Buang air besar akan biasa setelah sehari, kecuali bila ibu takut dengan luka episiotomi, bila sampai 3-4 hari belum BAB, sebaiknya diberikan obat rangsangan per oral atau per rektal atau lakukan klisma untuk merangsang BAB sehingga tidak mengalami sembelit.

e) Kebutuhan Kebersihan (Personal hygiene)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri yaitu mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal, Merawat perineum dengan baik membersihkan perineum dari depan ke belakang untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.

f) Kebutuhan Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kurangnya istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang diproduksi.

g) Kebutuhan Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah merah berhenti ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Berhubungan seksual selama masa nifas berbahaya apabila pada saat itu mulut rahim masih terbuka maka akan beresiko terkena infeksi.

8. Asi Eksklusif

ASI Eksklusif merupakan pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tidak dianjurkan oleh tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pemberian ASI yang mulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan tanpa tambahan makanan dan minuman seperti susu formula, madu, air, teh, bubur serta nasi dan lain-lain.

Komposisi ASI sampai 6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi meskipun tambahan makanan ataupun produk minum pendamping. Kebijakan ini berdasarkan pada beberapa hasil penelitian yang menemukan bahwa pemberian makanan pendamping ASI justru akan menyebabkan pengurangan kapasitas lambung bayi dalam menampung asupan cairan ASI sehingga pemenuhan ASI yang seharusnya dapat maksimal telah terganti oleh makanan pendamping lainnya.

9. Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

- a) Demam tinggi melebihi 38°C lebih dari 2 hari
- b) Perdarahan vagina luar biasa/tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid)
- c) Nyeri perut hebat/rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung serta ulu hati
- d) Sakit kepala parah/terus menerus dan pandangan nanar/masalah penglihatan
- e) Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam
- f) Puting payudara berdarah atau merakah, sehingga sulit untuk menyusui
- g) Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)
- h) Keluar cairan berbau dari jalan lahir

G. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana merupakan usaha suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak di inginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Yulizawati dkk. 2021).

Keluarga berencana merupakan upaya untuk mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan dan mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

2. Tujuan Keluarga Berencana

a) Fase menunda kehamilan

Diperuntukan bagi pasangan yang umur istrinya 20 tahun kebawah. Pilihan kontrasepsi yang rasional pada umur ini yang pertama adalah metode pil, yang kedua IUD, setelah itu metode sederhana, kemudian implant dan yang terakhir adalah suntikan.

b) Fase menjarangkan kehamilan

Diperuntukan bagi pasangan yang umur istrinya 20-35 tahun. Pilihan kontrasepsi rasionalnya ada dua yaitu pertama adalah untuk menjarangkan kehamilan 2-4 tahun maka kontrasepsi rasionalnya adalah IUD, suntikan, pil, implant dan metode sederhana. Yang kedua adalah untuk menjarangkan kehamilan 4 tahun keatas maka kontrasepsi rasionalnya adalah IUD, suntikan, pil, implant, KB sederhana, dan terakhir adalah steril.

c) Fase tidak hamil lagi

Diperuntukan bagi pasangan yang umur istrinya 35 tahun keatas. Pilihan kontrasepsi rasional pada fase ini adalah yang pertama steril. Kedua IUD kemudian Implant, disusul oleh suntikan, metode KB sederhana dan yang terakhir adalah pil.

3. Manfaat Program KB Terhadap Pencegahan Kelahiran

a) Untuk ibu

- 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- 2) Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.

b) Untuk anak

- 1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga.

- 2) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga yang tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata.

c) Untuk Ayah

- 1) Memperbaiki kesehatan fisiknya
- 2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu untuk keluarganya.

d) Untuk seluruh keluarga

Program KB bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera. Dengan jumlah anak yang terencana, keluarga dapat mengelola sumber daya secara lebih efektif, termasuk dalam memenuhi kebutuhan gizi, kesehatan, dan pendidikan anak (BKKBN, 2022).

4. Jenis Alat Kontrasepsi

a) KBSuntik

Kontrasepsi hormonal yang mengandung hormon progestin. Hormon ini serupa dengan hormon alami wanita, yaitu progesteron, dan dapat menghentikan ovulasi. Biasanya suntik KB dilakukan di bagian tubuh tertentu seperti bokong. Setelah disuntikkan, kadar hormon progesteron dalam tubuh akan meningkat, kemudian menurun secara bertahap hingga suntikan selanjutnya.

Berdasarkan jangka waktu, di Indonesia terdapat dua jenis suntik KB yang paling umum digunakan yaitu suntik KB 1 bulan dan suntik KB 3 bulan.

Kelebihan:

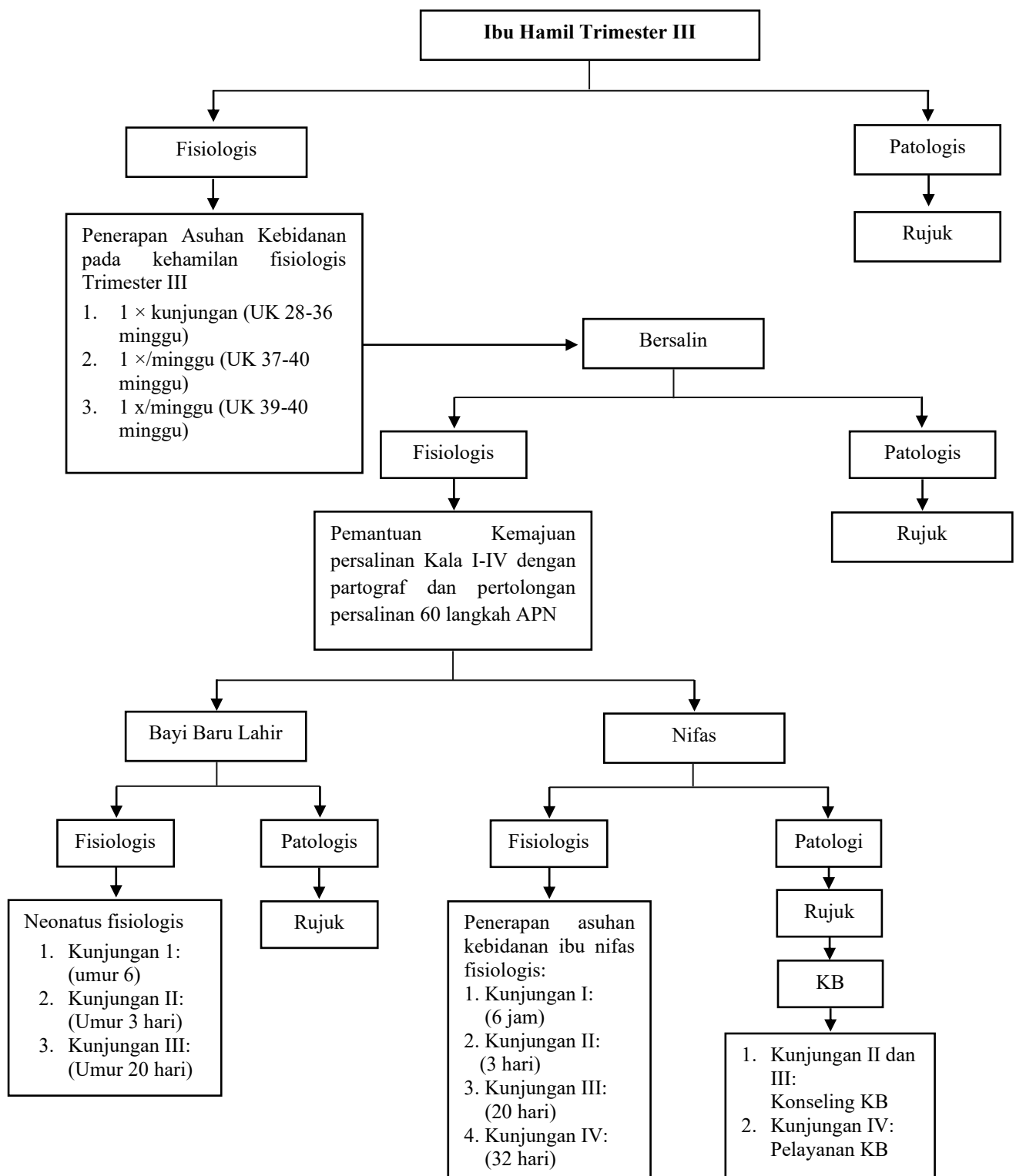
- 1) Tidak berinteraksi dengan obat-obatan lain.
- 2) Relatif aman untuk ibu menyusui.
- 3) Tidak perlu repot mengingat untuk mengonsumsi pil kontrasepsi setiap hari.
- 4) Tidak perlu menghitung masa subur jika hendak hubungan seksual.
- 5) Jika berhenti, cukup hentikan pemakaiannya dan tidak perlu ke dokter.

- 6) Dapat mengurangi risiko munculnya kanker ovarium dan kanker rahim.

Kekurangan:

- 1) Efek samping berupa sakit kepala, kenaikan berat badan, nyeri payudara, perdarahan, dan menstruasi tidak teratur. Efek ini bisa muncul selama suntik KB masih digunakan.
- 2) Butuh waktu cukup lama agar tingkat kesuburan kembali normal, setidaknya setahun setelah suntik KB dihentikan.
- 3) Bersisiko mengurangi kepadatan tulang, tetapi risiko ini akan menurun bila suntik KB dihentikan.
- 4) Tidak memberikan perlindungan dari penyakit menular seksual, sehingga perlu tetap menggunakan kondom saat berhubungan seksual.

H. Kerangka Pikir



Gambar 2.1. Kerangka Pikir